

DOMANDA DI INGRESSO DA FAR COMPILARE AL MMG

Contatto Visita Telefonico

Ospite:

Cognome _____ Nome _____ sesso M F

Nato a _____ Pr ____ il __/__/____ Anni _____

Residente a _____ Pr ____ Via _____ n° _____

Stato civile _____ Cittadinanza _____

Codice Fiscale _____

Parente:

Cognome _____ Nome _____

Grado di parentela _____ Residente a _____

In via _____ n° _____ Tel. _____

Mail _____

Provenienza ospite

 proprio domicilio Struttura (indicarne il nome e la città) _____

Vaccinazioni effettuate:

 anti covid-19 data _____ antinfluenzale : data _____ antipneumococcica: data _____

Malattie infettive: _____

Valutazione dell'autonomia**Mobilità**

Trasferimenti letto-sedia

◇ Necessitano 2 persone per il trasferimento della persona con o senza ausilio meccanico

- ◇ Il paziente collabora ma è necessaria comunque la collaborazione di una persona
- ◇ Autonomo
- ◇ Allettato

Deambulazione

◇ Paziente Autonomo nella deambulazione

◇ Paziente Non Deambulante

Paziente deambulante con ausili:

- ◇ bastone
- ◇ tripode
- ◇ rolletor

Alimentazione

◇ Paziente autonomo nell'alimentarsi

◇ Paziente parzialmente autonomo (gli alimenti vanno tagliati la frutta va sbucciata)

◇ Paziente dipendente nell'alimentazione (va imboccato)

◇ Dieta libera

Dieta modificata:

- ◇ cremosa
- ◇ sminuzzata
- ◇ con aggiunta di addensanti nei liquidi
- ◇ Alimentazione Endovena, Peg, Sondino (sottolineare quello che interessa)

Igiene personale

◇ Paziente Autonomo nell'igiene personale

Paziente Parzialmente autonomo nell'igiene personale, si lava:

- ◇ a) viso, mani, cavo orale
- ◇ b) si rade
- ◇ Paziente Dipendente in tutte le fasi della propria igiene personale

Continenza

- ◇ Continente
- ◇ Incontinenza doppia
- ◇ Incontinenza urinaria
- ◇ Incontinenza fecale
- ◇ Catetere vescicale
- ◇ Uro-control

Sonno

- ◇ La notte riposa
- ◇ La notte non sempre riposa ma è tranquillo
- ◇ La notte non riposa e girovaga
- ◇ Ha invertito il ritmo sonno veglia

Cognitività**Confusione**

- ◇ Paziente completamente confuso, disorientato
- ◇ A volte mostra segni di disorientamento spazio temporale ma riconosce i volti familiari
- ◇ Mostra disturbi comportamentali (aggressività, oppositività, vagabondaggio)
- ◇ E' perfettamente lucido

Irritabilità

- ◇ Qualsiasi contatto è causa di irritabilità
- ◇ Uno stimolo esterno che non dovrebbe essere provocatorio, produce spesso irritabilità che non sempre è in grado di controllare
- ◇ Mostra ogni tanto segni di irritabilità
- ◇ E' perfettamente lucido e calmo

COMORBILITA'

↙ Cardiaca (solo cuore)			
Assente	◇	Grave	◇
Lieve	◇	Molto grave	◇
Moderata	◇		
↙ Ipertensione (si valuta la severità)			
Assente	◇	Grave	◇
Lieve	◇	Molto grave	◇
Moderata	◇		
↙ Vascolari (sangue,vasi,midollo,sistema linfatico)			
Assente	◇	Grave	◇
Lieve	◇	Molto grave	◇
Moderata	◇		
↙ Respiratorie (polmoni, bronchi, trachea, sotto la laringe)			
Assente	◇	Grave	◇
Lieve	◇	Molto grave	◇
Moderata	◇		
↙ O.O.N.G.L (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)			
Assente	◇	Grave	◇
Lieve	◇	Molto grave	◇
Moderata	◇		
↙ Apparato G.I. Superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)			
Assente	◇	Grave	◇
Lieve	◇	Molto grave	◇
Moderata	◇		
↙ Apparato G.I. Inferiore (intestino, ernie)			
Assente	◇	Grave	◇
Lieve	◇	Molto grave	◇
Moderata	◇		
↙ Epatiche (solo fegato)			
Assente	◇	Grave	◇
Lieve	◇	Molto grave	◇
Moderata	◇		
↙ Renali (solo reni)			
Assente	◇	Grave	◇
Lieve	◇	Molto grave	◇
Moderata	◇		
↙ Altre patologie genito-urinarie (ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)			
Assente	◇	Grave	◇
Lieve	◇	Moderata	◇
		Molto grave	◇
Sistema muscolo-scheletrico-cute (muscoli, scheletro, tugmenti)			
Assente	◇	Grave	◇
Lieve	◇	Moderata	◇
		Molto grave	◇
↙ Sistema nervoso centrale e periferico (non include la demenza)			
Assente	◇	Grave	◇
Lieve	◇	Moderata	◇
		Molto grave	◇
Endocrine - Metaboliche (diabete, infezioni, stati tossici)			
Assente	◇	Grave	◇
Lieve	◇	Moderata	◇
		Molto grave	◇

↙ **Psichiatrico - Comportamentali (demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)**

Assente	◇		Grave	◇
Lieve	◇	Moderata	◇	Molto grave
				◇

DECUBITI

Assenti ◇	Sacrali ◇	Trocanterici ◇
-----------	-----------	----------------

Altra sede _____

ORIENTAMENTO DIAGNOSTICO

Patologia in essere:

Terapie in atto (riportare tutti i farmaci ed il dosaggio):

Altre terapie particolari:

◇ nessuna	◇ ossigenoterapia	◇ dialisi peritoneale
◇ nutrizione per s.n.g.	◇ nutrizione parenterale	◇ PEG
◇ ossigenoterapia iperbarica	◇ radioterapia	◇ chemioterapia
◇ altro _____		

Data ___/___/___

(timbro e firma del Medico)

Il /la sottoscritto/a concede il consenso al trattamento dei propri dati personali sensibili finalizzati all'inserimento (o in lista di attesa) e tutela la propria salute una volta inserito all'interno della struttura.

Firma dell'ospite o del garante _____